Z oddziału chorób wewnętrznych Doc. Dra Pareńskiego.

DUR BRZUSZNY

(Typhus abdominalis).

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza w latach 1876—1880.

napisał

Dr. WIKTOR ŻELAZOWSKI
sekundaryjusz szpitala św. Łazarza.

KRAKÓW,
W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Ignacego Stelcla.
1882.

Historyje chorób, spisywane w szpitalach w czasie obserwowania przypadków chorobowych, w chwili ich leczenia, stanowią dość liczny materyjał, który z samego tego powodu że rozporządza znaczniejszą liczbą obserwacyj każdéj choroby, ma warunki do nabrania znaczenia materyjału naukowego. Zestawienie wszystkich szczegółów w przebiegu choroby, odniesienie ich do prawidłowego obrazu choroby, ocenienie ważności zmian i oznaczenie odsetkowe nieprawidłowości w przebiegu, a wszystko oparte na wielkiéj liczbie przypadków, to stanowi zaletę obserwacyj szpitalnych. Opis przypadków chorobowych pojedyńczych jest tylko możebnym w razach wielkich odmian w przebiegu fizyjologicznym choroby, a że wyjątkowe przypadki nie należą do częstych, podawanie zatém takiéj kazuistyki, mimo że na pozór tego rodzaju przypadki w szpitalu obficie wydarzaćby się powinny lub mogły, nie należy do rzeczy łatwych.

Obserwacyj szpitalnych nie można również używać do wysnuwania wniosków w kierunku ściśle statystycznym, gdyż materyjał ten, mimo że jest licznym, jest pod tym względem zanadto jednostronnym.

Robienie doświadczeń *par excellence* klinicznych jest w szpitalu z rozlicznych powodów niemożebném. Pozostaje zatém tylko zużytkowanie historyj szpitalnych w formie krótkich monografij, opartych na wielkiéj liczbie przypadków chorobowych, a że liczba poważniejsza nie tak prędko daje się zebrać to stanowi powód dla czego monografije takie nie tak często i prędko pojawiać się mogą.

Te kilka uwag uważałem na wstępie za konieczne, aby przy obecném sprawozdaniu o durze brzusznym, leczo-

1

nym w ciągu pięciu lat od r. 1876 do 1880 w oddziale docenta Dra Parcńskiego uniknąć jakiegokolwiek zarzutu opóźnienia się lub jednostronności.

Przystępując do sprawozdania z przebiegu duru brzusznego, układam je na podstawie obserwacyj jedynie tych przypadków, którym Liebermeister w swéj obszernéj monografii (Ziemssen: *Infectionskrankheiten*. Band II) nadaje nazwę przypadków wybitnych „*ausgebildete Fälle*“, inne bowiem formy duru brzusznego, czy to z bardzo krótkim przebiegiem, czy to z gorączką, zbaczającą znacznie od toru właściwego, nie mogą być uwzględnione w sprawozdaniu, jeżeli takowe ma przedstawiać jakąkolwiek wartość statystyczną.

Przypadków duru brzusznego leczonych w szpitalu naszym od r. 1876 do końca 1880 r. było ogółem 196. Ogólna liczba chorych w tymże czasie w tym oddziale leczonych wynosiła: 11123, z tego mężczyzn 6358 a kobiet 4765; biorąc procentowo do ogólnéj liczby wypada mężczyzn 1.84%, kobiet 1.65% chorych na dur brzuszny. Z tych uleczonych opuściło szpital 157, umarło zaś 39, co stanowi 19.9 % śmiertelności.

Na tych 196 chorych przypada 117 mężczyzn a 79 kobiet. Z 117 mężczyzn wyszło uleczonych 93, umarło 24, czyli 20.5%. Z 79 kobiet wyszło uleczonych 64, umarło zaś 15 czyli 19.0%. Liczba chorych na owe 5 lat rozdziela się w ten sposób:

W r. 1876	było chorych mężczyzn	1190	kobiet	972
„ „ 1877	„ „ „	1582	„	1120
„ „ 1878	„ „ „	1854	„	1475
„ „ 1879	„ „ „	879	„	632
„ „ 1880	„ „ „	853	„	566

przybyło chorych na dur brzuszny:

W r. 1876	mężczyzn	13	kobiet	6	razem	19
„ „ 1877	„	15	„	10	„	25
„ „ 1878	„	20	„	12	„	32
„ „ 1879	„	30	„	23	„	53
„ „ 1880	„	39	„	28	„	67.

Uwzględniając wiek pojedyńczego chorego dur brzuszny występował:

między	12—15	rokiem	życia	u osób	17
„	15—20	„	„	„	56
„	20—25	„	„	„	53
„	25—30	„	„	„	31
„	30—35	„	„	„	13
„	35—40	„	„	„	10
„	40—45	„	„	„	4
„	45—50	„	„	„	3
„	50—70	„	„	„	9

a zatém zupełnie zgodnie ze spostrzeżeniami Liebermeistra, Murchisona i Fiedlera.

Według miesięcy przybyło w przeciągu 5 lat:

w styczniu :	9	w lipcu :	9
„ lutym :	14	„ sierpniu :	13
„ marcu :	13	„ wrześniu :	24
„ kwietniu :	12	„ październiku :	24
„ maju :	14	„ listopadzie :	23
„ czerwcu :	14	„ grudniu :	27.

Powyższe cyfry wskazują, że w Krakowie i w okolicy tegoż najwięcéj osób zapada na dur brzuszny w miesiącach zimowych i w późnéj jesieni, gdy przeciwnie na wiosnę i w miesiącach skwarnego lata liczba zapadających na dur brzuszny jest stosunkowo mała. Cyfry te zgadzają się prawie zupełnie z twierdzeniem Liebermeistra (*Ziemssen Handb. d. spec. Pathol. u. Ther.* tom II, str. 67), że epidemije duru przypadają najczęściéj na drugą polowę roku. Co się tyczy śmiertelności w pojedyńczych miesiącach to względnie najwięcéj chorych umiera w miesiącach zimowych a mianowicie w grudniu i styczniu; w innych miesiącach śmiertelność jest chwiejną i nie da się podciągnąć pod żadne matematyczne prawidło.

E t y j o l o g i j a. Chorzy na dur brzuszny, leczeni w szpitalu św. Łazarza, rekrutują się z klasy najbiedniejszéj ludności. Najwięcéj choroba ta grasuje między t. zw. wyrobnikami dniowymi, których znaczna część jednak pod tym

tytułem oddając się nałogowo pijactwu i żebractwu znajduje się w najgorszych warunkach pod względem dyjetetyczno-higijenicznym. Ale nie brak także i ludzi z warstw społeczeństwa w lepszych warunkach przebywających. Szczególnie licznego kontyngensu dostarczają ludzie, których zajęciem jest czuwanie po nocach, jakoto: strażnicy leśni, pożarni, rogatkowi, stróże nocni, służba szpitalna itd. W samym szpitalu obserwowano w ciągu ostatnich pięciu lat trzy przypadki duru brzusznego u posługaczek szpitalnych wieku niżéj 30 lat, które czynne były na salach tyfusowych, a do których téż należało czyszczenie naczyń z odchodami chorych. Jest to ważna okoliczność, stanowiąca niejako przyczynek do etyjologii duru brzusznego, zwłaszcza że w ogóle na terytoryjum szpitalném i tegoż okolicy przypadki duru brzusznego są nader rzadkie.

Nie da się zaprzeczyć, iż najrozmaitsze błędy dyjetetyczne, rozmaite niewygody, do których ustrój ludzki nie przywykł, jakotéż pewnego rodzaju urazy mogą stanowić niejako dyspozycyję do nabawienia się duru brzusznego.

Chorzy z durem brzusznym przybywają do szpitala najliczniéj między 7—14 dniem po pierwszych objawach choroby. Początek jéj stanowią zazwyczaj dreszcze nieznaczne, powtarzające się przez kilka dni z rzędu, niekiedy i kilka razy przez dzień. U większéj połowy chorych dur brzuszny rozpoczyna się owemi dreszczami lub dreszczykami, bólem głowy, nieudolnością do pracy, snem przerywanym, brakiem apetytu itd. Zdarza się niekiedy, że z początkiem choroby odrazu występują przypady ze strony narządu pokarmowego, jakoto wymioty, rozwolnienie, bóle w dołku podsercowym, przypady, które każą źle wróżyć co do przebiegu choroby.

Mała bardzo liczba chorych uskarża się już od początku choroby na ból w okolicy łuku żebrowego lewego. Całkiem nieprzytomnych chorych przywiezionych do szpitala było 12.

G o r ą c z k a. Przystępując do rozbioru właściwych przypadków duru brzusznego rozpocznę od zastanowienia

się nad gorączką jako najważniejszym przypadem, przedtém jednak nadmienić muszę, że co do przebiegu choroby trzymamy się podziału Liebermeistra na cztery okresy, odpowiednio do zachowania się ciepłoty. Chorzy przybywający do szpitala znachodzą się zazwyczaj w pierwszym okresie choroby, albo z początkiem drugiego okresu, a ciepłomierz wykazuje u nich ciepłotę 38.5—39.5°, rzadko więcéj. Długość przeto okresu pierwszego nie może wchodzić w ścisłą rachubę, gdyż na wywiady z ust chorego w niektórych tylko razach można się spuścić. Przejście z okresu pierwszego do drugiego jest téż stosownie do tego nie zawsze wyraźne. Obecność drugiego okresu można tylko po tém poznać, że podniesienie się ciepłoty jest ciągłe.

Długość trwania gorączki w durze brzusznym i długość pojedyńczych okresów wraz z ich granicami nie da się dokładnie oznaczyć. Na podstawie obserwacyi jedynie owych 196 przypadków duru brzusznego mogę powiedzieć, że przebieg gorączki wraz z długością pojedyńczych okresów wielce różni się od schematu skreślonego mistrzowską ręką badaczów, jak Wunderlich, Liebermeister etc.

Względne trwanie okresu drugiego, czyli okresu gorączki ciągłéj, jest bardzo znaczném w stosunku do długości innych okresów. Obserwowano u jednego chorego z durem brzusznym okres gorączki ciągłéj, która trwała 22 dni i przez te 22 dni ciepłota nie zeszła poniżéj 39·4°, nie poszła wyżéj nad 40·1 i następne dwa okresy wynosiły niespełna 13 dni; choroba przebiegała bez żadnych powikłań, a chory po 6 tygodniach opuścił szpital zupełnie wyleczony.

Okres trzeci choroby jedynie jest okresem charakterystycznym dla duru brzusznego; w okresie tym gorączka przedstawia takie cechy gorączki zwalniającéj *(remittens)*, że rozpoznanie, jeżeli dotychczas było wątpliwém, zyskuje na pewności. Różnica między ciepłotą wieczorną a ranną wynosiła od 0.7—1·80 stopnia C. Co do wielkości remisyi w ogóle panuje jak największa rozmaitość.

W końcu dodać muszę, iż obserwowano przypadki

duru brzusznego, gdzie przy dość nizkich stopniach ciepłoty gorączka utrzymywała się stosunkowo bardzo długo.

Co najmniéj w 1/6 ogólnéj liczby przypadków duru brzusznego uważano nagłe wzniesienie się gorączki na granicy 3 i 4 okresu nieraz do 40·5 i wyżéj. Wyższą ciepłotę w durze brzusznym, jak 41·0, napotykano tylko w trzech przypadkach.

Okres czwarty gorączki przerywanéj *(f. intermitt.)* przeciągał się we wszystkich prawie przypadkach bardzo długo.

Uwzględniając d ł u g o ś ć c h o r o b y u 196 chorych, okazuje się, że w przypadkach, które bez powikłań przebiegały, długość trwania duru brzusznego wynosiła w przecięciu 24—25 dni. Przez długość choroby rozumię tutaj długość gorączki, biorąc dzień, w którym chory doznał pierwszy raz dreszczu lub dreszczyku, lub w którym uczuł się po raz pierwszy niezdolnym do pracy, jako początek choroby, za koniec zaś choroby ów dzień, w którym po raz ostatni wykazano ciepłotę ciała wyższą od prawidłowéj.

Rozumié się samo przez się, że z ustaniem gorączki chory nie jest jeszcze zdrowym i trudno przypuścić, aby gojenie się wrzodów miało przebiegać koniecznie równocześnie z gorączką. Chorzy przeto dopiero w dwa tygodnie po ustaniu gorączki mogą być uważani za zdrowych.

Długość pobytu chorego w szpitalu wynosiła w przecięciu 4—5 tygodni.

Przypadki duru brzusznego z powikłaniami potrzebują naturalnie dłuższego czasu do wyleczenia.

Już poprzednio mówiłem, że długość całéj choroby i długość pojedyńczych okresów jest nader rozmaitą i nie da się ująć w matematyczny pewnik. Są chorzy, u których najsilniejszy dur brzuszny trwa ze wszystkiemi groźnemi przypadami 16 dni, podczas gdy takie przypadki obserwowano, gdzie chory 32, 40 a nawet i więcéj dni gorączkuje, pomimo że choroba przebiega bez powikłań. Stan sił chorego, jego wiek, usposobienie etc. stanowią tutaj ów czynnik, który wpływa na długość przebiegu choroby. Ileż razy w codziennych przypadkach widzimy rany i wrzody u jednych

gojące się bardzo prędko, u innych dłuższego czasu do zagojenia wymagające? Czyż kępki Peyera i gruczołki odosobnione jelit podpadając naciekowi, zropieniu, owrzodzeniu i zabliźnieniu mają być usunięte z pod tych doświadczeniem stwierdzonych faktów?

Tyle co do ogólnego przypadu, co do gorączki, jéj trwania, a względnie do długości całéj choroby.

Przechodząc z kolei do przypadów poszczególnych, będę je przytaczał według narządów, w których się rozwinęły, a ponieważ w durze brzusznym w narządzie trawienia odbywają się nader wybitne zmiany, przeto od niego zaczynam.

Rozwolnienie. Przy zmianach anatomicznych, jakie istnieją w kiszkach w durze brzusznym, obecność nieżytu kiszkowego, objawiającego się częstemi stolcami, jest bardzo naturalnym przypadem. Brak owego przypadu nie wyklucza jeszcze jednak obecności duru brzusznego. Z historyi chorób okazuje się, iż na 196 chorych u 11 tylko był stolec twardy, tak że w przebiegu choroby częstokroć uciekać się musiano do środków przeczyszczających. U 19 chorych stolec był prawidłowy, tak że o jednéj prawie godzinie odbywały się wypróżnienia stolcowe, ale kał był rzadki. U 155 chorych ilość stolców wynosiła 3—7 dziennie.

U 11 chorych liczba stolców była większa, a dochodziła najwyżéj do 12 stolców.

Stolce we wszystkich przypadkach były rzadkie, wodniste, szarawo-żółte. Chorzy przy oddawaniu stolca nie doznawali żadnych bólów. Bardzo często, szczególnie w 3cim okresie choroby, można było widzieć w stolcach prążki krwi.

Przypadki duru brzusznego, w których częstość stolców przechodziła liczbę 10 na dobę, jako też przypadki, w których był stolec twardy, przedstawiają największą śmiertelność.

Kruczenie w okolicy kiszki ślepéj dostrzegano prawie we wszystkich przypadkach. Przytłumienie wypuku w tém miejscu mniéj często daje się wykazać; zresztą wypuk na-

rządów w jamie brzucha się znajdujących ma tylko podrzędną wartość.

Kruczenie pojawiało się z końcem pierwszego okresu; w drugim okresie obserwowano je u każdego chorego, a dopiero z końcem 3 okresu zwykle znikało. Kruczenie to przeto jest jednym ze stale pojawiających przypadów duru brzusznego.

W z d ę c i e b r z u c h a *(meteorismus)* nie dochodziło nigdy do znacznych rozmiarów.

J ę z y k zawsze prawie był suchy, spieczony, a niekiedy tworzyły się na nim nawet bardzo bolesne rozpadliny, tak że chorzy nie chcieli nic do ust brać.

Obok tego uważano co najmniéj w $^1/_3$ wszystkich przypadków znaczny nieżyt całéj błony śluzowéj jamy ust, u chorych tych wylewała się z ust gęsta ślina raczéj do śluzu podobna, cuchnąca; w tych razach język bywał wilgotny.

Rozstępy na języku obserwowano w 14 przypadkach; cierpienie to jest bardzo dokuczliwe dla chorego, o czém ztąd wnosić można, że chorzy tacy, gdy im się każe usta otworzyć, boleśnie ściągają mięśnie twarzy, a niekiedy nawet języka nie są w stanie pokazać.

F u l i g o, osad sadzowaty przy nasadzie zębów przednich, szczególniéj górnych, widziano prawie w $^1/_3$ przypadków.

P o w i ę k s z e n i e ś l e d z i o n y. W obec tego, że z jednéj strony chorzy na dur brzuszny przybywali do szpitala przeważnie dopiero w drugim okresie choroby, z drugiéj zaś, że w okolicy Krakowa bagiennica jest na porządku dziennym, rozstrzygnięcie kwestyi, czy obrzęk śledziony, jaki znajdowano u chorego na dur brzuszny w dniu jego przybycia powstał skutkiem saméj choroby, czyli téż owo powiększenie śledziony trzeba było uważać jako pozostałość po napadach zimniczych, nie było tak łatwém.

Nie potrzebuję wspominać o tém, że dokładny wypuk śledziony, nawet w warunkach prawidłowych ustroju, jest według klasycznego rozumowania Weila *(topogr. Percuss.)* nader trudny. Faktem jest jednak, że w durze brzusznym

we wszystkich prawie przypadkach śledziona okazuje się przy wypuku powiększoną.

Między 196 przypadkami śledziona sięgała górnym brzegiem w linii pachowéj przedniéj:

od 7	żebra	w	7	przypadkach
„ 7	międzyżebrza	„	7	„
„ 8	żebra	„	118	„
„ 8	międzyżebrza	„	20	„
„ 9	żebra	„	16	„ .

W 28 przypadkach powiększenie śledziony wypukiem nie dało się wykazać.

W 78 przypadkach śledziona była zaledwie przy wdechu macalną; w 2 przypadkach na szerokość 4 palców, w 4 przypadkach na szerokość 3 palców, w 9 na szerokość 2 palców, w 65 przypadkach tylko wyraźnie macalną.

Bolesność śledziony przy macaniu obserwowano w 20 przypadkach; przypad ten jest złym prognostykiem.

Wracając się jeszcze do oznaczenia wypukiem obrzęku śledziony dodać muszę, że z jednéj strony wzdęcie brzucha, z drugiéj zaś strony rozedma płuc tak częsta a zwiększająca się w ostrym nieżycie oskrzeli, towarzyszącym zazwyczaj durowi brzusznemu, mają wielki wpływ na względne powiększenie lub zmniejszenie co do wypuku obrzęku śledziony.

Ostry nieżyt oskrzeli, jaki bywa najczęstszém powikłaniem duru brzusznego, uważać należy raczéj za przypad właściwy durowi brzusznemu aniżeli za powikłanie, jeżeli nie jest za nadto silny; co więcéj ów nieżyt znachodzi się częściéj w durze brzusznym, aniżeli różyczka durowa *(roseola typh.)*. Gdy bowiem na 196 przypadków tylko u 65 chorych różyczka dała się wykazać, to nieżyt oskrzelowy znaleziono u 131 chorych, jako nieżyt wybitny; u 65 chorych obserwowano tylko oddech szorstki pęcherzykowy, świadczący jedynie o przekrwieniu płuc. Nieżyt ostry oskrzeli zaliczają nowsi badacze do istotnych przypadów duru, tak np. Zuelzer w swéj monografii duru brzusznego (*Real Encycloped. d. g. Heilk.*). Nieżyt oskrzelowy w durze brzusznym ma prawdopodobnie takie samo znaczenie, jak nieżyt oskrze-

lowy w odrze. U chorych, u których z wyjątkiem nieżytu oskrzelowego i wysokiéj gorączki żadnych innych zmian wykryć nie można, przynajmniéj w połowie przypadków można powiedzieć, że mamy do czynienia z durem brzusznym; w dalszym przebiegu tor gorączki i inne przypady właściwe durowi brzusznemu stwierdzają to przypuszczenie. Nieżyt oskrzelowy w durze brzusznym występuje już z początkiem właściwéj choroby; z historyi chorób okazuje się, że istnieje już, gdy chory przybywa do szpitala; nasilenie nieżytu idzie w parze z nasileniem gorączki, a ustępuje nieżyt oskrzelowy dopiero w 4tym okresie choroby. U chorych na dur brzuszny badano codziennie narząd oddechowy; *bronchitis* bowiem na pozór nieznaczna niekiedy przechodziła w przeciągu jednéj doby w t. zw. opustowe zapalenie płuc. Badając płuca u chorego na dur brzuszny zazwyczaj przy auskultacyi nie da się wykazać wybitnych zmian z przodu; natomiast z tyłu zmiany są wybitniejsze; oprócz furczeń i pisków słyszymy tam, szczególnie w dole, dosyć liczne rzężenia wilgotne różnobańkowe. Charakterystyczną jest tu tendencyja nieżytu oskrzelowego do zajmowania najniższych części płuc, nawet u takich chorych, którzy podczas gorączki durowéj są niespokojni i zmieniają ciągle swoje położenie w łóżku.

T ę t n o w durze brzusznym odznaczało się tém, że nie było zbyt częstém w stosunku do stopnia gorączki. W gorączce przekraczającéj nawet 40° tętno wynosiło przeciętnie 90—100 uderzeń na minutę. Tętno częściejsze w durze brzusznym, jak wiadomo, jest złym prognostykiem, atoli między 157 chorymi, którzy jako uleczeni opuścili szpital, obserwowano u 22 chorych tętno przekraczające liczbę 120, a dochodzące nawet do 144 uderzeń; przypadki te przebiegały bez powikłań. W przypadkach wymienionych tętno opadało najwyżéj po 48 godzinach znowu na 80, 90 lub 100 uderzeń na minutę.

U chorych, którzy umarli, tętno na parę godzin przed śmiercią wynosiło od 120—160 u 17 osób; u reszty tętno było mniéj częstém. Tętno dwubitne *(p. dicrotus)* rzadko

obserwowane. Dodać muszę, iż po użyciu kalomelu tętno staje się częściejszém, o czém jeszcze poniżéj przy leczeniu pomówię.

Przypady nerwowe w durze brzusznym przedstawiają rozmaitość, jakiéj w innych ostrych chorobach gorączkowych nie napotykamy.

Nie zgodziłbym się z twierdzeniem Liebermeistra, jakoby przypady nerwowe w durze brzusznym były wynikiem li tylko wygórowanéj ciepłoty ciała, a to dla tego, że nawet u tych chorych, u których gorączka nie jest wyższą nad 39°, bywają bardzo groźne przypady nerwowe, gdy przeciwnie między chorymi, u których gorączka przekraczała 40°, widziałem w 5 przypadkach zupełną przytomność, zupełny brak zadrażnienia ośrodków nerwowych.

Nie ulega wątpliwości, że po części nasileniu zakażenia jak i wysokiéj gorączce należy przypisać owo podrażnienie mózgu, objawiające się w tak rozmaity sposób; jakość temperamentu chorego, a nawet jego odżywienie i psychiczny nastrój, w jakim się chory przed początkiem choroby znajdował, mają tu niezaprzeczenie także swój wpływ. Mojém zdaniem owe przypady nerwowe pochodzą po największéj części od nieznanego nam dotąd przyrzutu duru brzusznego a właściwie od oddziaływania nań organizmu.

Jako dowód, że przypady nerwowe nie pochodzą li tylko od wygórowanéj ciepłoty, ale także od owego przyrzutu durowego, mogę przytoczyć tę okoliczność, że w przypadkach duru brzusznego z powikłaniami, gdzie zawsze gorączka znacznie się podnosi, przypady nerwowe nigdy się nie wzmagają, ale niekiedy stają się nawet mniéj wybitnemi.

Jako drugi dowód może posłużyć ta okoliczność, iż częstokroć przypady nerwowe, pomimo spadku znacznego gorączki, jaki się odbywa w 4tym okresie, mimo to przecież przez dłuższy czas utrzymują się.

Przekrwienie mózgu i jego opon, towarzyszące durowi brzusznemu, objawia się w lekkich przypadkach bólem głowy, który chorzy lokalizują w okolicy potylicznéj, miernem rozszerzeniem źrenic, często bolesném wykrzywieniem mięśni twa-

rzy, snem często przerywanym. Chorzy leżą spokojnie; zapytani o cokolwiek odpowiadają tylko na głośno zadawane pytania, gdyż słuch bywa mniéj lub więcéj upośledzony. Rękami wykonywają bezwiedne ruchy skubiąc najczęściéj kołdrę, poduszkę lub prześcieradło. Kompletną głuchotę podczas duru brzusznego napotkano u 16 chorych.

Ból głowy i mięśni karkowych bywał czasem tak silny, że chorzy robili zupełnie wrażenie chorych na *meningitis cerebro-spinalis epidemica.*

U 4ch chorych ból głowy był tak znaczny, że jęczeli w głos.

Chorzy, przedstawiający te lekkie przypady nerwowe, zapytani, co im dolega, żalą się oprócz bólu głowy na ból w krzyżach i w lędźwiach. Niekiedy pojawiały się także bóle mięśniowe w łydkach i w ramionach, nieraz tak dotkliwe, że chorzy przy dotknięciu wydawali okrzyk boleści, podobnie jak to ma miejsce w durze powrotnym. Bóle mięśniowe tak silne obserwowano u 7 chorych. Do lekkich przypadów nerwowych należy gadatliwość obserwowana u 2ch chorych; chorzy ci mieli ciągłe interesa to do posługacza, to do lekarza, to do zakonnicy, a w braku tych do sąsiadów chorych; ich rozmowa i zapytania były rozsądne i logiczne. Przeciwieństwem tego jest mowa powolna, skandująca, przyczém chorzy bardzo powoli się oryjentują i odpowiadają dopiero w kilka minut na zadawane pytania; przypad ten obserwowano bez mała u $^1/_4$ wszystkich przypadków.

Szum i zawrót głowy obserwowano bardzo często. Odurzenie lub oszołomienie należy także do lekkich przypadów nerwowych; chorzy robią wrażenie ludzi upojonych napojami wyskokowemi.

Bezsenność kompletną, tak że chory prawie przez cały czas choroby oczu nie zamyka, widziano u 9 chorych; przypad ten każe źle wróżyć. Również źle każe wróżyć apatyja, obserwowana w 21 przypadkach.

Do cięższych przypadów nerwowych zaliczyć należy t. zw. uczucie trwogi; uważano je tylko u jednego chorego. Drżenie członków (tremor) widziano u 16 chorych i to w 3cim

okresie choroby. Do najcięższych przypadów nerwowych należą: majaczenia, zwidywania (u 37 chorych), zrywanie się z łóżka z zamiarem ucieczki (u 19 chorych), a wreszcie brak zupełny przytomności u 12 chorych, z których 4 umarło. Wszystkie te wymienione przypady nerwowe posiadają największe nasilenie między godziną 7mą wieczorem a 3cią rano.

R ó ż y c z k a (*Roseola*). Jak się z historyi chorób okazuje, widziano na 196 przypadków różyczkę durową wybitną u 65 chorych. U 78 chorych różyczki dostrzedz nie można było. U 53 z powodu ciemno zabarwionéj skóry wykrycie różyczki było niemożebném. U 39 chorych, którzy umarli, a u których stwierdzono sekcyją dur brzuszny, tylko u 15 znachodziła się różyczka za życia.

Wpływ ciemnego zabarwienia skóry, czy to skutkiem słońca i kurzu, czy to skutkiem nagromadzenia się barwika w skutek zmian powstałych przez wszy, na trudność rozpoznania osutki nie da się zaprzeczyć. Bądź co bądź rzadkość występowania osutki w przypadkach tych 196, które zebrałem, jest uderzająca. Z tego wnosićby można, że różyczka jest mniéj ważnym znakiem rozpoznawczym dla duru aniżeli nieżyt oskrzelowy, o którym powyżéj mówiłem.

Usadowienie różyczki najczęściéj miało miejsce w dołku podsercowym, a zwłaszcza równolegle do łuku żebrowego lewego. Różyczka zazwyczaj znachodziła się w kilku lub kilkunastu egzemplarzach; widziałem jednak w jednym przypadku różyczkę durową, która prócz na skórze brzucha znajdowała się także na całéj klatce piersiowéj z przodu i z tyłu.

Osutka różyczkowa pojawiała się w durze brzusznym z początkiem 2go okresu; trwała przez cały ten okres a niekiedy utrzymywała się do początku 4go okresu.

M o c z w durze brzusznym w przypadkach prawie wszystkich był ciemno zabarwiony, o zwiększonym ciężarze gatunkowym. Białko znachodziło się prawie w każdym przypadku, jeżeli nie w wielkiéj ilości, to przynajmniéj ślad lub śladzik białka zawsze był spostrzegalny. Chlorki były zawsze zmniejszone i lekkie.

Pojawienie się moczanów w moczu tyfusowych bywało względnie dosyć częstém.

P o w i k ł a n i a. Pomiędzy powikłaniami duru brzusznego tak licznemi na najbliższą uwagę zasługują powikłania ze strony narządu pokarmowego.

K r w o t o k i kiszkowe wydarzyły się u 7 chorych, a mianowicie u 5 mężczyzn i 2 kobiet; z tych umarło 4ch mężczyzn i 1 kobieta. Krwotoki te w przypadkach, które śmiercią się zakończyły, pojawiały się z końcem okresu 3go a z początkiem 4go, a zatém mniéj więcéj w tym czasie, w którym strupy z wrzodów oddzielają się. Że krwotok się odbywał, rozpoznać można było po tętnie drobném, nitkowatém, bardzo częstém, gdyż dochodziło nawet do 140 uderzeń na minutę, następnie po bladości twarzy, która natychmiast po krwotoku występowała, po zwiększoném wzdęciu brzucha, po stłumieniu występującém w prawym dolnym odcinku brzucha, po spadku gorączki, a wreszcie po stolcach czokoladowo-zabarwionych. Chorzy skarżyli się na upadek sił; oczy utracały blask prawidłowy. Przypady nerwowe, jeżeli przed krwotokiem były nawet groźne, tak że chorzy zrywali się z łóżka, po krwotokach zwykle ustępowały, a chorzy stawali się przytomniejsi

U trzech mężczyzn, u których zdarzył się krwotok jelitowy, śmierć nie nastąpiła bezpośrednio po krwotoku. Przebieg u tych wszystkich chorych był następujący: po stwierdzeniu krwotoku przy odpowiedniém leczeniu już 3go dnia stolce traciły owo zabarwienie czokoladowe, stawały się mniéj częstemi i chorzy twierdzili, że się czują zdrowsi; narzekali jednak na nieprzyjemne swędzenie w nosie; 4—6 dnia chory doznał silnego dreszczu; badanie nie wykazało żadnych innych komplikacyj; nazajutrz pokazała się róża na samym końcu nosa, przez 3 dni trwała, rozpościerając się na skórze twarzy i skórze głowy pokrytéj włosami; w dniu 4tym chorzy umierali. Zgodność i kolejność przypadów u tych 3ch chorych, początek i koniec fatalny w tym samym prawie czasie i jednaki początek róży zmusza mnie do tego, że szczególnie te 3 przypadki zaznaczam, gdyż prze-

glądając literaturę duru brzusznego nic podobnego nie znalazłem. Tak więc w owych 3ch przypadkach śmierć nastąpiła w skutek róży. Pytanie zachodzi, czy utrata znacznéj ilości krwi nie usposabia do powstania róży. Dla czego zaś róża we wszystkich 3ch przypadkach prawie te same miejsca zajmowała, jest rzeczą niewytłumaczoną. Chorzy po krwotoku długiego czasu potrzebowali, zanim do sił przyszli.

Przebicie się wrzodu durowego do jamy otrzewny wraz z następowém zapaleniem tejże spostrzegano w 2ch przypadkach; oba zakończyły się śmiercią.

Zapalenie otrzewny bez przebicia się wrzodu obserwowano u jednego chorego, który umarł.

Ostry obrzęk wątroby obserwowano u jednéj choréj z długim bardzo przebiegiem duru, gdyż gorączka trwała 36 dni; obrzęk ten wystąpił nagle w 3cim okresie choroby, w okresie gorączki zwalniającéj. A mianowicie u choréj téj, u któréj w dniu przybycia do szpitala (w 10tym dniu choroby) nie spostrzeżono powiększenia wątroby, wystąpiły w 24 dniu choroby silne bóle w podżebrzu prawém i wymioty. Badanie wykazało stłumienie wątroby aż do wysokości pępka, brzeg jéj był przy cienkich powłokach brzusznych wyraźnie macalny, bolesny; chora leżała tylko na boku prawym. W narządzie oddechania i krążeniu żadnéj przyczyny do mechanicznego przekrwienia wątroby nie wykryto. Po 6ciu dniach bolesność i obrzęk wątroby ustąpiły. Gorączka charakterystyczna w tym okresie choroby nie okazywała żadnych odmian.

Drugi przypadek dotyczył chorego, który w 16 dniu choroby, w okresie gorączki ciągłéj uskarżał się na ból w podżebrzu prawém. Badanie wykazało brzeg wątroby na 3 palce macalny, bolesny. Obrzęk trwał 5 dni.

Oba te przypadki przebiegały bez żółtaczki, a zakończyły się zupełném wyzdrowieniem. Chorzy oboje opuścil szpital z wątrobą co do wymiarów i czynności prawidłową.

Zapalenie dławcowe jamy ust obserwowano dwa razy i dwa razy téż widziano wśród przebiegu duru zapalenie dziąseł, zajmujące dziąsła szczęki górnéj i dolnéj,

przyczém chorzy żalili się na silny ból zębów. Przypadki te nie były leczone kalomelem.

Zapalenie połyku *(Pharyngitis)* widziano u 5 chorych. Zapalenie to w durze brzusznym bardzo było silne; tylna ściana przełyku wyglądała jak czerwony aksamit z przerosłemi brodaweczkami; gdzieniegdzie wybroczyny krwawe i śluz zaschnięty. Zapalenie takie pojawiało się zaraz w pierwszym okresie duru brzusznego, a chorzy przychodząc do szpitala żalili się tylko na to, że im w gardle zasycha, i że połykać dobrze nie mogą.

Błonicę *(Diphtheritis)* obserwowano tylko w dwóch przypadkach.

Nieżyt żołądka z wymiotami i bólami żołądka obserwowano u 19 mężczyzn a 13 kobiet; ponieważ z tych umarło 8 chorych, czyli 25%, przeto powikłanie to należy uważać jako *mali ominis*.

Narząd krążenia:

Zapalenie osierdzia wydarzyło się w 4ch przypadkach; chorzy wyzdrowieli; u jednego tylko chorego pozostał znaczny przerost serca.

Sinicę znacznego stopnia uważano u 2 mężczyzn u których obok rozedmy płuc przebiegał silny nieżyt oskrzelowy.

Narząd oddechowy:

Zaliczywszy nieżyt oskrzeli do przypadów istotnych duru brzusznego nie będę już mówił o nim w tém miejscu.

Zapalenie płuc opustowe wykazano u 17 chorych; przypadki te, z wyjątkiem trzech, śmiercią się zakończyły. Już poprzednio zwróciłem na to uwagę, że nieżyt oskrzelowy w durze brzusznym w nader krótkim czasie może przejść w ocieklinowe zapalenie płuc.

Zapalenie płuc dławcowe *(Pneumonia crouposa)* widziano u 7 chorych, z których dwóch umarło.

Zapalenie opłucny rozwinęło się u 4ch chorych jako *pleuritis sicca*; występowało zawsze po stronie lewéj, i nigdy nie przechodziło w wysięk opłucnowy; zapalenia opłucny pojawiały się w okresie 3cim.

Narząd nerwowy.

Znaczne przekrwienie mózgu obserwowano w 6ciu przypadkach; przypady były podobne do zapalenia opon mózgowych; między temi był jeden przypadek śmierci. U 2 kobiet obserwowano drgawki.

Kontraktury mięśni obu ramion obserwowano u 1go mężczyzny.

W sferze narządu moczowego powikłań żadnych nie uważano.

Skóra, mięśnie, gruczoły, zmysły itd.:

Plamy czerwone, t. zw. *taches bleuâtres*, widziano tylko u jednego chorego.

Róża (*erysipelas*) pojawiła się tylko w owych 3 przypadkach, o których przy krwotokach kiszkowych już wspomniałem.

Opryszczki na wargach (*Herpes labialis*) wytworzyły się tylko raz przy powikłaniu z zapaleniem płuc dławcowém.

Ropień na karku widziano u jednéj kobiety.

Odleżyna (*Decubitus*). Odleżyny w durze brzusznym należą do nader częstych powikłań i pomimo najtroskliwszych starań około chorych nie daje się im zapobiedz. Nie zawsze odleżyny są tego rodzaju, aby zagrażały niebezpieczeństwem. Zależą one z jednéj strony od osłabionéj czynności serca, z drugiéj zaś od ciągłego leżenia chorego na plecach. *Decubitus* widziano u 28 chorych; u 6 osób z tych odleżyny były bardzo znaczne.

Zapalenie ucha widziano u 5 chorych.

Zapalenie gruczołu sutkowego (*Mastitis*) u 2 kobiet.

Poronienie u 2 kobiet.

Zapalenie gruczołu przyusznego (*Parotitis*) u 4ch osób.

Poty obfite widziano u 5 chorych.

Puchlina nóg rozwinęła się u 3 malaryków.

Do ogólnych zboczeń wreszcie, stanowiących powikłanie duru brzusznego, należy skłonność do krwotoków

(diathesis haemorrhagica) występująca jużto w formie krwotoku nosowego *(epistaxis)* u 9 chorych, z których troje umarło; dalej krwotok płucowy *(bronchohaemorrhagia)* u 1 mężczyzny, a wreszcie wymioty krwawe *(haematemesis)* u jednéj kobiety.

Recydywę duru brzusznego obserwowano tylko w jednym przypadku; recydywa była znacznie łagodniejszą niż dur przebyty.

Następstwa.

Mówiąc o następstwach przytoczyć mogę tylko te następstwa duru brzusznego, które podczas pobytu chorego w szpitalu po przebytéj chorobie się pojawiały. Następstwa ugrupowałem poniżéj według częstości występowania:

Zimnicę uporczywą spostrzegano u 4 mężczyzn i 2 kobiet. Uporczywemi nazywam te formy zimnicze, gdyż podawanie chininu, nawet w ilości 3.00 w przeciągu kilku godzin, nie zdołało jéj usunąć. Zimnica ta miała tor codzienny i wywołała podczas dreszczu niekiedy podniesienie się ciepłoty do 41.5. Tylko po opuszczeniu szpitala przez chorego zimnica ta stawała się łagodniejszą, a wreszcie znikała. Dowodziłoby to, że przyczyny owéj zimnicy szukać należało raczéj w niehigijenicznem położeniu szpitala, aniżeli uważać ją za następstwo duru.

Puchlina nóg u 5 mężczyzn trwała długi czas; byli to ludzie z chérą zimniczą, z bardzo wielką śledzioną. Puchlina taka przy odpowiedniém leczeniu znikała w przeciągu trzech tygodni.

Bezsenność u 3 mężczyzn i 1 kobiety; bezsenność taka występuje zazwyczaj po ostatnim dniu gorączki; chory nie jest w stanie ani na chwilę zasnąć.

Obfite poty obserwowano u 3 mężczyzn.

Nerwice, szczególnie w karku i odnogach dolnych obserwowano u 2ch mężczyzn i 1 kobiety.

Otitis u 1 mężczyzny i 1 kobiety.

Anaemia u jednego mężczyzny i jednéj kobiety.

Cystopyelitis u jednego mężczyzny i jednéj kobiety.

Obstipatio u jednego mężczyzny i jednéj kobiety.

Phthisis pulmonum u 2 kobiet.

Nephritis u jednego mężczyzny.

Scorbutus u jednego mężczyzny, wreszcie *Icterus catarrhalis* u jednego mężczyzny.

Rokowanie. Jeżeli w któréj chorobie, to w durze brzusznym rokowanie powinno być bardzo oględne. Z przytoczonych przypadków śmierci okazuje się, iż chorzy umierali albo jedynie w skutek następstw wysokiéj gorączki bez żadnych powikłań, albo w skutek nieprawidłowości w objawach miejscowych właściwych durowi, odbywających się w kiszkach (*perforatio subs. peritonitide*), albo wreszcie w skutek przyplątania się spraw chorobowych następowych. Ani wysoki stopień gorączki, ani groźne przypady nerwowe nie są w stanie same przez się podać wskazówki, jak należy rokować. Wiek chorego ma tutaj bardzo wielkie znaczenie, jak również lepsze lub gorsze odżywienie chorego. Najgorszym znakiem prognostycznym podczas duru brzusznego jest tętno częste i drobne; przypad ten świadczy o osłabionéj czynności serca i każe zawsze źle rokować. Powikłania, jak zapalenie płuc dławcowe, odleżyna rozległa itp. pogarszają rokowanie.

Leczenie. Dur brzuszny jest chorobą typową, to znaczy, że chory dotknięty właściwym durowi przyrzutem i u którego zmiany chorobowe w kiszkach już się rozpoczęły, musi przebyć wszystkie okresy choroby. Zmianom tym ani nie można zapobiedz, ani téż ich usunąć, gdy już się raz rozpoczęły. W krótkości zamierzam tutaj podać sposób leczenia duru brzusznego, jaki jest w użyciu w oddziale chorób wewnętrznych.

Chorych na dur brzuszny nie skupiano w jednéj tylko sali, lecz przeciwnie umieszczano ich pomiędzy chorymi innymi, aby tym sposobem nie tworzyć ogniska zarazy.

Pierwsze i najważniejsze wskazanie lecznicze stanowiło używanie środków mających na celu obniżenie ciepłoty ciała, i w ogóle zmniejszenie przypadów gorączkowych.

O hydroterapii w szpitalu naszym myśleć nawet nie można było, szpital bowiem pod względem możności robienia kąpieli na

salach jest jak najgorzéj urządzony; wodociąg z zimną wodą jest tylko do kuchenki doprowadzony, o wodociągach z ciepłą wodą nawet marzyć nie można, a posługa szpitalna jest tak szczupła i licha, że przy obecności kilkunastu chorych wymagających leczenia wodą i użycia hydroterapii reszta chorych musiałaby pozostać bez żadnéj posługi. Leczenie wodą ograniczało się zatém tylko do obmywania częstego chorych wodą z octem, w razie, jeżeli ciepłota ciała przechodziła 39°C.

Przeciw gorączce podawano przeważnie chinin, a mianowicie w 132 przypadkach. Pośród tych 132 przypadków tylko u 11 chorych spostrzeżono wyraźny i znaczny nawet spadek gorączki, dłużéj się utrzymujący. Jak przeto widzimy trwały spadek gorączki po chininie w większych dawkach należał w durze brzusznym do rzadkich zjawisk. Wpływ chininu w większych dawkach na obniżenie kilkogodzinne ciepłoty podczas téj choroby w naszych przypadkach najzupełniej został stwierdzony. Jedynym złym skutkiem, jaki sprawiał chinin, było owo rozdrażnienie, które już w kilka godzin po użyciu większéj dawki następowało i zwiększenie liczby uderzeń serca. W niektórych razach nawet występował upadek sił chwilowy; tę jedyną niedogodność ma zadawanie chininu podczas duru brzusznego. Chinin zadawano w proszkach 0·35gm. lub w rozczynie w téj saméj ilości, a dawek takich użyto czterech do dziewięciu dziennie, co dziesięć lub pietnaście minut w godzinach popołudniowych lub wieczornych podając równocześnie w razach występującego osłabienia wino lub herbatę z arakiem. Jeżeli chory był nieprzytomny i nie mógł połykać, dawano chinin w lawatywie.

Prócz chininu próbowano w wielu razach podawać albo kwas salicylowy, albo salicylan sodowy; oba te środki jednak okazały się zupełnie niepraktycznemi; gdyż prócz téj okoliczności, iż w żadnym przypadku nie nastąpił spadek gorączki, kwas salicylowy i salicylan sodowy mają tę niedogodność, że znacznie upośledzają trawienie. Wymioty, nudności, bóle w dołku podsercowym i zwiększenie liczby stolców bardzo często występowały po użyciu tych środków.

Badając zwłoki nader często napotykano na błonie śluzowéj żołądka po używaniu za życia kwasu salicylowego lub salicylanu sodowego liczne nadżerki krwawe. Kwas salicylowy zadawano w dawkach po 0·50, trzy do dziesięciu proszków dziennie, salicylan sodowy po 8—10 gramów dziennie w rozczynie gumowym.

W 30 przypadkach używano prawie równocześnie celem obniżenia ciepłoty a zarazem celem działania przeciwzakaźnego w dwóch pierwszych okresach choroby kalomelu, a w następnym zaraz dniu podawano chinin w dawkach dwu- lub jednogramowych w ciągu godziny. Na trzydziestu chorych leczonych w ten sposób kalomelem wraz z chininem umarło tylko trzech, co przedstawia 10% śmiertelności. Kalomel zadawano w ilości dwóch do czterech proszków po pół grama co 3—4 godzin. Oprócz tak małéj śmiertelności po leczeniu kalomelem środek ten posiada jeszcze jednę zaletę wielkiéj wagi, a mianowicie, iż po stolcach sprowadzonych przez zażycie 1 do 1½ grama kalomelu uważano prawie w każdym przypadku zmniejszenie się przypadów nerwowych, ustąpienie bólu głowy i podmiotowe uczucie ulgi. Pomijając już wpływ kalomelu jako środka przeciwzakaźnego muszę podnieść tutaj jego własności jako środka czyszczącego. Kalomel działa głównie podniecając ruch robaczkowy jelit, a łatwo zrozumieć, że usunięcie kału z owych miejsc w kiszkach, gdzie się znajdują wrzody durowe, musi zbawiennie wpływać na ich dalszy przebieg, względnie na ich gojenie się.

Że kalomel jak najdokładniéj oczyszcza kiszki z kału w durze brzusznym okazuje się z tego, iż we wszystkich przypadkach na drugi dzień po zadaniu kalomelu znikało prawie całkiem owo charakterystyczne kruczenie w kiszkach.

We wszystkich przypadkach leczonych kalomelem uważano, iż w kilka godzin po zadaniu tegoż środka tętno stawało się częściejszém i drobniejszém, a skóra niekiedy wilgotną. Po upływie 12—18 godzin tętno powracało znów do dawniejszego stanu. W jednym przypadku widziano po użyciu 1·50 grama kalomelu obniżenie się ciepłoty o 1·10

stopnia, jakkolwiek krótkotrwające. Jeszcze jednę okoliczność muszę zaznaczyć, a mianowicie, iż wszystkie przypadki leczone kalomelem przebiegały bardzo łagodnie i bez powikłań, a chorzy prędzéj powrócili do sił. Jedyną niedogodnością przy zadawaniu kalomelu, a co jest prawie nieuniknioném po większych jego dawkach, jest ślinienie, które niekiedy już w kilka godzin po jego użyciu występuje. Ślinienie takie jednak znika w przeciągu 4—6 dni po użyciu płókania z *Kali chloric.*

Nie od rzeczy zapewne będzie, jeżeli przytoczę w krótkości kilka przypadków duru brzusznego leczonych równocześnie kalomelem i chininem.

I. August Fr., wyrobnik, lat 27 liczący, przywieziony do szpitala d. 8 października 1880 r., skarży się na silny ból głowy od dwóch tygodni trwający, na bezsenność, upadek sił ogólny i dosyć znaczny kaszel. Badanie fizyczne chorego stwierdza obecność duru brzusznego. W dniu przybycia chory zażywa po południu w przestankach dwugodzinnych proszki kalomelowe 0·50 w ilości 3 dawek.

D. 9 paźdz. ciepłota ranna 40°, tętno 108; w nocy chory miał pięć obfitych stolców, kaszel bardzo zmalał, ból głowy znacznie mniejszy, przed południem sen dwugodzinny dosyć twardy. Wieczorem ciepłota 39·1°. Chory zażywa wieczorem trzy proszki chininu w przestankach ćwierćgodzinnych.

D. 10 paźdz. ciepłota ranna 38·7°, wieczorna 39·6°, tętno nieco drobne, nie przechodzi 100 uderzeń; pokazuje się ślinienie; w ciągu dnia ośm stolców; kruczenie nad kiszką ślepą, jak również wzdęcie brzucha bardzo nieznaczne.

D. 11 paźdz. ciepłota ranna 38·7°, wieczorna 38·6°; w ciągu dnia trzy stolce ciemno-zielono zabarwione; skóra nieco wilgotna; przypady nerwowe, jak ból głowy, niepokój, bezsenność, prawie zupełnie ustąpiły. Dalszy przebieg choroby nie przedstawia nic szczególnego, chory d. 9 listopada opuszcza szpital zupełnie wyleczony.

II. Maciéj M., wyrobnik, lat 18 liczący, przybył dnia 31 października 1880 r. do szpitala. Choroba rozpoczęła się przed tygodniem od nieznacznych dreszczów. Badanie stwierdza dur brzuszny.

D. 1 listopada ciepłota ranna 39·0°, tętno 90; przez całą noc chory niespokojny, majaczy; trzy stolce od chwili przybycia; ciepłota wieczorna 40°, tętno 96.

D. 2 listop. ciepłota ranna 39°; tętno 96, w nocy chory majaczył więcéj; podano kalomelu trzy proszki po 0·50 grm. w przestankach dwugodzinnych; ciepłota wieczorna 40·1°, t. 90.

D. 3 list. ciepłota ranna 38·8°; przez noc dziewięć stolców obfitych, ciemno-zielono zabarwionych; majaczenia ustąpiły; nad ranem sen smaczny i lekkie poty, rano spostrzeżono ślinienie; ciepłota wieczorna 38·7°. Wieczorem chory dostaje sześć dawek chininu po 0·35 w przeciągu 1½ godz.

D. 4 listop. ciepłota ranna 37·4°; chory nieco rozdrażniony ale przytomny, wśród dnia jeszcze cztery charakterystyczne stolce; ciepłota wieczorna 38·8°.

D. 5 listop. ciepłota ranna 38·5°, wieczorna 39·4°; ślinienie ustępuje.

D. 6 listop. ciepłota ranna 38·7°, wieczorna 39·6°. Chory d. 5 grudnia opuszcza szpital zupełnie zdrów.

W przypadku tym widzimy krótkotrwające ale dosyć znaczne opadnięcie gorączki po użyciu sześciu proszków chininu po 0·35 grama.

III. Maryjanna K., l. 22 licząca, przybyła d. 1 grudnia 1880 r. do szpitala; od 10 dni mają się powtarzać dreszcze, przytém ból głowy, niepokój, brak apetytu i sen przerywany. Charakterystyczne przypady przemawiają za durem brzusznym.

D. 2 grudnia ciepłota ranna 38·8°, wieczorna 39·8°, tętno 108; około 5 stolców na dobę.

D. 3 grud. ciepłota ranna 39·0°, wieczorna 40°.

D. 4 grud. ciepłota ranna 39·5°, wieczorna 40·0°, wzdęcie brzucha znaczne, jak również i kruczenie w kiszce ślepéj.

D. 5 grud. ciepłota ranna 39·5°, wieczorna 40·0°; podano kalomel w ilości trzech dawek półgramowych.

D. 6 grud. ciepłota ranna 39·5°, wieczorem 40·0° w ciągu nocy pięć obfitych stolców; dosyć znaczne poty; wśród dnia sen spokojny.

D. 7 grud. ciepłota ranna 39·6°, wieczorna 40·0°; przez dzień cztery stolce; kruczenie w kiszce ślepéj ustąpiło; ślinienie.

D. 8 grud. ciepłota ranna 39·0°, wieczorna 40·0°; wieczorem dano dwa gramy chininu w przeciągu 1 ½ godziny.

D. 9 grud. ciepłota ranna 37·5°, wieczorna 40·0°. Chora 7 stycznia 1881 r. opuściła szpital.

IV. Maryjanna H., l. 19, przybyła dn. 18 paźdz. 1880 r. do szpitala; jest od tygodnia chorą. Uskarża się na silny ból gardła i rozwolnienie. W jamie ust zmian żadnych nie ma z wyjątkiem miernego nieżytu połyku. Natomiast daje się wykazać dur brzuszny.

D. 19 paźdz. ciepłota ranna 39·2°, wieczorna 39·4°; cztery stolce przez cały dzień.

D. 20 paźdz. ciepłota ranna 38·8°, wieczrna 39·5°; chora w nocy niespokojna; kruczenie nad kiszką ślepą i wzdęcie brzucha znaczne; podano kalomelu trzy proszki po 0·50grm.

D. 21 paźdz. ciepłota ranna 37·6°, wieczorna 39·6°; przez noc cztery obfite stolce; chora w dzień śpi dobrze, wieczorem twierdzi, że się czuje zdrowszą.

D. 22 paźdz. ciepłota ranna 38·5°, wieczorna 39 6°, tętno 126; wśród dnia dwa stolce; wieczorem podano chinin w ilości 2 gramów, który bynajmniéj nie obniżył ciepłoty, wieczorem ślinienie. Chora dn. 22 listopada opuszcza szpital zupełnie wyleczona.

Z wymienionych przypadków okazuje się, iż skutki kalomelu trwają dłużéj, gdyż przez kilka dni stolce są ciemno-zielonéj barwy. Ślinienie, które występuje po użyciu kalomelu w tak wielkich dawkach, znika w ciągu dwóch lub czterech dni po użyciu płókania z chloranu potasowego i nie pozostawia żadnych następstw. W przypadku czwartym jest lekkie opadnięcie gorączki po upływie kalomelu obok szybciejszego tętna. W ogóle więc we wszystkich przypadkach leczonych kalomelem w naszym oddziale można powiedzieć, że tenże nas nigdy nie zawiódł, a w ogóle łagodny przebieg duru, brak powikłań po użyciu kalomelu, a nadewszystko mały stopień śmiertelności przemawiają bardzo za użyciem tego środka.